



Medizinische Selbstauskunft

Bitte füllen Sie diesen Bogen nach bestem Wissen aus. Sie helfen uns damit, ihre Veranstaltung perfekt zu planen und ihren Aufenthalt im Hochseilgarten zu einem unvergesslichen Erlebnis werden zu lassen. Wir versichern Ihnen die Daten nicht an Dritte weiterzugeben und dieses Dokument nach einem Jahr zu vernichten. Herzlichen Dank!

Name, Vorname: _____

Gruppenname: _____

Herzbeschwerden ja nein
(z.B.: Herzstiche, Atemnot)

Epilepsie ja nein

Lungenerkrankungen / Asthma ja nein

Zuckerkrankheit / Diabetes ja nein

Schäden am Bewegungsapparat ja nein
(z.B.: Verrenkungen, Arthrose, Bandscheibenschäden)

Beschreibung: _____

Allergien ja nein
(z.B.: gegen Medikamente, Insektenstiche, etc.)

Beschreibung: _____

Psychische Beeinträchtigungen ja nein

Operationen ja nein
(in den letzten 6 Monaten)

Beschreibung: _____

Schwangerschaft ja nein
(ab 4. Monat)

Infektionskrankheiten ja nein

Sonstiges: _____

Datum / Unterschrift (Bei Minderjährigen Unterschrift der Eltern oder einer verantwortlichen Begleitperson)